

	方向性①	方向性②	方向性③
○各方向性の内容			
(中)手当の趣旨(制度)			
・医療特別手当支給の趣旨	被爆者全員に被爆者手当を支給。医療特別手当、特別手当、健康管理手当、保健手当は廃止。	第二種認定被爆者に対して手当を支給する趣旨について議論が必要。	現行制度と同じ
・健康管理手当の趣旨	被爆者の人生の苦悩に慰謝する意味を持つ。	現行制度と同じ	現行制度と同じ
<主な発言等> (各方向性での議論)	<p>○被爆者であれば何らかの放射線の影響があるから、これを前提として、手当をはじめとする援護を行うべきではないか</p> <p>○被爆者であれば何らかの放射線の影響があるから、全員に手当を支給すべきではないか</p> <p>○被爆者全員に手当を支給するのは、手当の趣旨が異なってくる上、財政負担をお願いする国民の理解を得られず、難しいのではないか</p> <p>○被爆者であれば放射線の影響があるということを前提とした場合、各委員で意見が折り合うのは難しい</p> <p>○放射線起因性を起点とすべきことは、(検討会での)コンセンサスだと思う。手当を全員に広げるという発想は、放射線の影響がいつ自分に出てくるか不安という意味で入っているのではない。具体的な疾病の種類で、(原爆放射線の)量ということを外しては考えられない。</p> <p>○健康管理手当は、将来ほぼ全員が受けられる程度の手当になっている</p> <p>○手帳保持者の人への給付も、放射線に関係がないことが明らかな場合には外しており、一定の合理性がある。放射線と関係のない人で原爆体験のある人への慰謝的な要素というのは、他の戦争被害との区分けがつかなくなり広過ぎる</p> <p>○症状に応じた加算ないしは減額を設けるのは、医学的な(基準設定の)複雑さ、また医学的に判断と被爆者の認識とで差が生じ納得が得られがたいのではないかと。また既得権もあり難しいのではないかと。</p> <p>○放射線に関係ないケースでは、対象外にせざるを得ない割り切り方しかない。そういう方々も全く手当てでもしてこなかったわけではない。</p> <p>○個人の放射線被曝線量をどう見るかが最大の問題。放射性降下物の影響は個別には絶対に推定できないが、それを入れなくてはいけないと思っている。降下物の影響を受けた人はみんな、科学的に疾病と放射性の関係があると言われていた病気を全て認定するのが一番論理的だと思っている。</p> <p>○「高齢化」は病気と手当の問題であり、早く何とかしないとイケない。そのため、認定の問題は捨てて手当の問題に行こうということ。</p>	<p>○安易に科学的知見に基づいて客観的に認定していくという仕組みは崩してほしくない。</p> <p>○(方向性2の「二種」について)放射線起因性をきちんと踏まえる必要がある。専門家の方々が3.5キロがぎりぎりの範囲を科学的な知見というのであれば、その範囲内だと思う。</p>	<p>○医療特別手当をはじめとする援護を行う理由として、放射線の影響を無視することはできないのではないかと</p> <p>○「相当程度判断が固まった」について、今後どう認めていくか。</p> <p>○3.5キロとか100時間などの基準は、その距離なり時間なりの範囲内の人について、これまでの科学的知見も含めて、放射線起因性を認めるに足る被曝量があることを推認しているだけであり、認定対象はあくまでも個人である。個々の人の被曝条件をネグレクトして認めるとするのは、制度として根本的に違う。</p> <p>○個別の人の(影響)が決まらないから、この制度はだめだと言うのは行きすぎ。外的標準基準でやっているので、全ての人が割り切れるという話ではない。3.5キロにいた人、100時間内に入った人の中でも差はある。</p>
(総論・3つの方向性共通)	<p>○司法は科学ではなくて援護の考え方で認定をしてきているが、どう考えるか。○現在、医療や介護の費用に別に給付しており、その中での手当の意味をはっきりしてほしい。</p> <p>○健康管理手当の要件は、放射線起因性に深くかかわっていない。医療特別手当をどういう意味づけで支給するかを議論すべき。</p> <p>○被爆者の高齢化により制度設計を早くしようと言っているが、放射性降下物の影響を勘案して見直すとなると、ものすごい労力、論議が起こる</p>		
② 対象疾病			
・対象とする疾病の範囲	放射線の影響が認められている全ての固形癌、白内障、心筋梗塞、甲状腺機能低下障害、肝機能障害、子宮筋腫など。熱傷痕癩、免疫力低下などで重傷化した外傷等	<p>第一種認定被爆者 現行制度を基本に認定。</p> <p>第二種認定被爆者 新たな基準に基づいて認定。(原爆症に準ずる状態の者)</p>	現行どおり+裁判例や医療分科会の客観的な積み重ねを尊重しつつ、相当程度判断が固まっているものを救済の観点から行政認定に取り入れ、乖離を埋めていく。
・具体的な基準	<p>被爆者手帳を持っている。(参考)</p> <p>手帳交付要件</p> <p>① 原爆投下の際「被爆地域」(広島市・長崎市の区域・隣接地域)に在った者</p> <p>② 原爆投下後2週間以内に爆心地付近(約2km)に入市した者</p> <p>③ 原爆の放射能の影響を受けるような事情の下にあった者(救護者)</p> <p>④ ①～③の胎児(疾病)</p> <p>これまで放射線の影響が認められている全ての固形癌、白内障、心筋梗塞、甲状腺機能低下障害、肝機能障害、子宮筋腫など。熱傷痕癩、免疫力低下などで重傷化した外傷、等</p>	<p>第一種 科学的に高度の蓋然性(参考)現行審査の方針</p> <p>○積極的に認定する範囲</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被爆地点より約3.5キロ以内である者 ・原爆投下より約100時間以内に爆心地から約2キロ以内に入市した者 ・原爆投下より、約100時間経過後から約2週間以内の期間に、爆心地から約2キロ以内の地点に1週間程度以上滞在した者(疾病) <p>悪性腫瘍(固形がんなど)、白血病、副甲状腺機能低下症、放射線白内障(加齢性白内障を除く)、放射線起因性が認められる心筋梗塞、放射線起因性が認められる甲状腺機能低下症、放射線起因性が認められる慢性肝炎</p> <p>○積極的に認定する範囲に該当する場合以外、起因性を総合的に判断(申請者の被曝線量、既往歴、環境因子、生活歴等を総合的に勘案)</p> <p>第二種 新たな基準 ~ 放射線起因性を否定しきれない人、医療必要性を念頭。</p>	<p>審査の方針の拡大(参考)現行審査の方針</p> <p>○積極的に認定する範囲</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被爆地点より約3.5キロ以内である者 ・原爆投下より約100時間以内に爆心地から約2キロ以内に入市した者 ・原爆投下より、約100時間経過後から約2週間以内の期間に、爆心地から約2キロ以内の地点に1週間程度以上滞在した者(疾病) <p>悪性腫瘍(固形がんなど)、白血病、副甲状腺機能低下症、放射線白内障(加齢性白内障を除く)、放射線起因性が認められる心筋梗塞、放射線起因性が認められる甲状腺機能低下症、放射線起因性が認められる慢性肝炎</p> <p>○積極的に認定する範囲に該当する場合以外、起因性を総合的に判断(申請者の被曝線量、既往歴、環境因子、生活歴等を総合的に勘案)</p>

	方向性①	方向性②	方向性③
<p><主な発言等> (各方向性での議論(疾病・要医療性))</p>	<p>○起因性を無視してもいいということが非常に気になる。また、対象にする疾病を放射線と関係なく拾い上げるのは、原爆被爆者に対する救済制度としては広過ぎる。 ○初期放射線以外の考慮がないので、人がどれぐらいの放射線の量を浴びたかにより疾病を認定するのは不可能に近いと思っており、個別の放射線起因性は問わないほうがいいということである。 ○(方向性1について)被爆者全部(の疾病を加算)とは言っていない。少なくとも国際的に放射線との関係が認められる疾病を(加算)対象にしないという提案をしている。 ○被爆者の病気を何でも(加算対象として)認定しろと言っているわけではない。がんとか白内障とか心筋梗塞とか、例示という格好で書いている。骨粗しょう症は挙げていない。</p>	<p>○認定(手当の給付)の期間を限定することも考えるべきではないか</p>	<p>○放射線起因性は、科学的知見をベースとしつつも純粋な科学で説明できない部分があるものであり、法律上の要件として説明するものではないか ○要件に明確に当てはまらない場合の総合判断は必要で、新しい審査の方針のこういった仕組みを残し、医療分科会の知見を生かしつつ、新しい審査の方針を客観化するために、法令で規定していくことを考えるべきではないか ○③の疾病対象とはどのような疾病を指しているのか。相当程度固まっているとはどういうことなのか。 ○③の疾病の拡大について、起因性や、あるいは疾病の重篤度、回復見込みの程度というようなことを物差しにして、どの程度広げる可能性、余地があるのかどうかを、専門の先生方に聞きたい。 ○残留放射線の問題を検討した場合でも変わらないということであれば、これはかなり③に近づくということになる。 ○(方向性3について)現在の認定制度のもとで認められている疾病を広げることができるか。広げる場合に(手当額の)13万を念頭となると、かなり重い病気をイメージしなければならぬ。その2つを念頭に、放射線との繋がりで、どう考えて受け止めていくべきか。③のイメージを固めていく意味で教えてもらいたい。</p>
<p>(総論・3つの方向性共通(疾病・要医療性))</p>	<p>○現行の審査の方針では、残留放射線の影響が著しく軽視されているのではないか。○残留放射線では確定した知見は無かったと思う。判断に限界があることを理解して議論をすればよい。○他領域への波及をさせない議論をすべき。○現時点でもかなり科学を飛び越えていると言うことは認識すべき。○科学だけで判断しているのではないと理解すべき。○3.5km以内の悪性腫瘍を全て認めるというのは「高度の蓋然性」とは到底いえない。○「原爆起因性」について、他の被害との区別という意味で放射線起因性の部分を動かすのはよくない。○科学的到達点で疾病を判断していくしかない。○問題は「原爆症」というものが正確にわからないこと。3つの案の共通の内容がないものか。○3つの考え方も疾病を前提とした議論が必要。○論点の1つとして、要医療性を入れるべき。今は疾病がずっと治らないということはないので、医療の必要がなくなったら打ち切るということもあり得る。○現行の認定制度をそのまま残すのであれば、認定する疾病は何かという議論をすべき。その場合、対象疾病や医療の程度、期間の議論を先にやったほうが良い。○現行の制度でも治癒したら特別手当に落とすが、かなり長い期間を要医療性として認められてきたところがあり、見直すことがあっても良い。 ○分科会の議論では、がんの手術後何年であるとか、どの程度薬を飲んでいたらいいとかいう話が出てくる。要医療性についてもっと議論が必要ではないか。 ○健康管理手当、医療特別手当での運用において、疾病と病気の程度とか治り具合とかというものがどの程度関係しているか。要医療性の要件の実態を知りたい。 ○科学的な認識の中で、放射線の影響があると認めるのが無理だという疾病は、取り込むべきではない。また、病気が治癒する見通しが強く持てるような病気であれば、あえて医療特別手当の対象として広げる必要はないのではないか。 ○(認定の)疾病をどの範囲にするかも、国際的にきっちり評価されているUNSCEARとかあるいはICRPとかの基準を参考するのではないか。 ○残留放射線の問題は、認定制度の中で、起因性があるかどうか基準に取り込むほど科学的に確立しておらず、補助材料的に使っただけだろうという認識。考慮するとすれば、個別に総合判断していくことではないか。 ○長崎では残留放射線に関して相当にデータがある。脱毛が放射線以外の原因で起こり得るのかはわからないが、少なくとも健康に影響を与えるような量が発見されたことはないし、少なくとも国際的には健康影響があるという言い方はされていない。 ○(線量について)DS02では、初期放射線に比べてかなり残留放射線は少ないと言われている。その後、様々な実験データが出てきているので、見直す必要があるかもしれないが、印象としてはそう大きく変わるものではない。 ○原爆の体験者たちからすれば、脱毛を含めて被害があったかと思っている。東京大空襲では余り聞かないが、広島、長崎の人たちは遠距離でも脱毛したりしている。それは何かといったら、やはり残留放射線の影響と言わざるを得ない。 ○残留放射線問題を検討会で決めるのは無理がある。残留放射線をどう考慮するかというのは、起因性をどうふうにか認定するかというレベルでの問題である。だから、方向性を決める上で決定的な問題だとは思っていない。 ○福島では原子力損害賠償において慰謝料も考慮されている。既に長年制度を運用しており(放射線以外の被害について)今さら制度設計に入れるのは非常に難しい。</p>	<p>(方向性2及び3共通:重篤性の議論において)</p> <p>○完全に治癒したら、どこで認定を解除するかという問題が出てくる。重篤度は手当のランクをつけるということで提案したが、重篤度は手当に関係するが認定とは直接関係しない。 ○発病から治っていくまでの過程がどういう状況かということまで要件に取り込むという考え方は無くはないと思うが、大変。重篤度を常に個人毎の病状だけの意味に捉えずに、病気そのものの類型的な違いに着目して違った基準に取り込んでいくことではないか。 ○個々の方々の状況は、3年に1回の現況届をうまく機能するように見直す必要があると思う。 ○重篤性から見て最低限こまめでは認定し、その後手当のほうをどうするかということではないか。 ○放射線起因性の濃度を薄めるだけで救済するのは若干無理があるのだ、要医療性の中で、重篤度という表現が妥当かは分からないが、放射線起因性を若干広げるための理屈が立てられないかという考え方はないか。 ○白内障で手術をしたら治ってしまう人と、ずっと(がん)で転移を繰り返して亡くなってしまふ人が同じように要医療性でよいのか、それを重篤度で言うのであれば、議論の中に入れてほしい。 ○病気によっては期間限定で、この類型の病気ならばこの程度の期間見てあげればよいということも、医学的に仕分けが可能かどうか考えてもよいのではないか。 ○ランクづけして、フルにもらっていた方がもらえなくなるだけで終わってしまうのが一番悪い。実際にグレーゾーンのところがうまく取り込んでいるのかどうかある程度考えておかなければいけないのではないか。 ○(グループ分けについて)判定する行政、申請する被爆者の側にとって余り煩雑にならない制約条件があると思う。また、介護保険の場合は最初から有効期間を設けているので、疾病によってはそういうものも入れていいのではないか。 ○(グレーゾーンについて)放射線があるかないかという場所のグレーと、疾患をどこまで入れるかのグレーもある</p>	

	方向性①	方向性②	方向性③
(3) 手当の内容			
・手当額	障害があるものには、手当額の加算を行う。	有効期間を設けて、一定期間ごとに再審査し、認定を更新する。例えば、介護保険では、有効期間6ヶ月又は1年を原則としている。状態が重くなれば高いランクの手当、軽くなれば低いランクの手当に変更。さらに、軽くなるとか治癒すれば支給停止もあり得る。	現行どおり
(手当額の段階について)	手当額を段階的なものにする	手当額を段階的なものにする	手当額は段階的なものではない
(手当額の差の根拠)	障害の程度(疾病の重篤性、要医療度等)	医療必要度、要介護度、障害の程度(身体機能等、日常生活等への影響等)	
(差の具体的な基準)	放射線治療、抗がん剤などの治療を受けている場合、区分3、内視鏡を用いての切除、重い副作用をとまなわぬ服薬治療の場合、区分2。これらが治癒した場合区分1。熱傷痕の場合は、痕の部位、度合いなどにより加算1あるいは加算2。	既に確立している既存の各種の基準を参考に設定。(入院医療では、医療必要度とADLの組み合わせ、介護保険では要介護、年金制度や障害福祉分野での障害認定など)。医療必要度を基本に、他の基準などを参考に、個別総合的に認定。	
<主な発言等> (各方向性での議論)	○段階をつける新制度を導入するのであれば、現行よりも手当額が下がる人が出てくるのではないかと	○段階をつける新制度を導入するのであれば、現行よりも手当額が下がる人が出てくるのではないかと	○方向性②と③との違いを少し薄めることができるのではないかと。②では新たな基準として医療の必要性も一つの要件としているが、病気の程度とか症状の程度、回復の見込みなどを考慮してワンランク中間段階をつくる方向性②のアイデアを、方向性③に追加できないだろうか。ただ、従来認定された方がワンランク少し下の給付水準に落とされる問題もある。 ○グレーゾーンを使って放射線との関係を薄めていくという方法では無理がある。ただ、グレーゾーンには、もう一つ別の給付水準をつくることできないかという発想が含まれている。ランクづけの基準は要医療性にかかわるグレードだと思う。例えば病気によって、重篤度あるいは治療を必要とする程度を、実態に合わせて、このくらいのランクの給付水準に対応することは考えられるのではないかと。それぞれの病気について、この病気の重いほうとか、あるいは回復の仕方がかなり見込めるようになっているかどうかの辺りを整理して貰い、ランクづけに使えるかどうか見極めたい。
<p>(方向性2及び3共通:重篤性の議論において)</p> <p>○可能であれば本当に困っている方あるいは重篤性が強い方についてより手厚くしていくという基本的な考え方はいいと思う。本当に現実的に運用が可能なものかどうかということも、議論するときには十分に踏まえてもらいたい</p> <p>○(グループ分けについて)余り複雑にし過ぎると制度設計が難しくなる。疾病の種類とかに帰着させると、取り込む可能性はあるのではないかと。</p> <p>○疾患を認定するときに、ゼロか13万円ではなく、類型化の中で重篤度で判断して話なので、要医療性とは切り離して考える必要があると思う。</p> <p>○(グループ分けを)類型化するときには縦軸も横軸も総合的に判断して、両方とも考えなければいけないと思う。</p> <p>○病気の類型化は、要医療性の要件の中の問題でなくて、いわゆる原爆症に対する手当の給付の性格づけを考えると、重い病気であるか軽い病気であるかによって手当の額が違ってくるべきだろうという、一番根本のところでの違いだろうと思う。</p> <p>○早期がんの場合とそうでない場合で、いわゆる重篤度という目で見れば、認定の段階での基準として取り込むには複雑過ぎる。</p> <p>○グループ1~4は複雑で、ワカプルの基準にしようとなると、大なたを振るったような基準が必要。</p> <p>○事務局で、方向性3と2をコンパインした領域で、段階での視点から基準、あるいはグループ分けを使えないかどうか、御検討をいただくと制度化が少し促進される。</p>			
(4) 調整事項			
・他の社会保障制度との調整	無し	手当の水準は、社会保障制度全般の整備状況や、これまでの被爆者に対する援護の措置の拡大の状況を踏まえ、検討。被爆者は高齢者として年金を受給して一定の収入を得ている。ほとんどが健康管理手当を受け、医療を無料で受けられる。また、介護保険によるサービスの自己負担無料化や、介護手当の制度もある。このような状況を踏まえ、既存の保健、医療、福祉のサービスや手当との総合的な調整が必要。	無し
・経過措置	無し	現行制度の下で既に認定を受けた人については、一定の経過措置も考え得る。	無し
<主な発言等> (各方向性での議論)	○制度を大きく見直した場合、過去認定した方との整合性を懸念している。		
・新制度への移行	再認定の方法等要検討	再認定の方法等要検討	無し

	方向性①	方向性②	方向性③
○各方向性の考え方に関する議論			
＜主な発言等＞			
○グレーゾーン、司法との乖離 ・各方向性での議論	○乖離を埋めることができないのだから、制度全体が破綻しているのではないか) ○司法判断を仰がないとする趣旨が、制度見直しの全てだとは思わない。 ○裁判を無くすため全体を見直すべき。グレーゾーンを設けても争いは無くならない。 ○グレーゾーンは残るのではないか。どこまで手当すべきか被爆者間の公平性という観点からも議論が残る。 ○一律性がかなり強いので、国民の理解と科学性という面でかなり弱い。 ○(現在分からなくても)筋として、残留放射線の影響があることは間違いないと言いたい。 ○(司法との乖離について)全て司法(の判決)に合わせろとは言っていない。たくさんの判例で行政が認定できない例があった。それを解消するため法律をどう変えるか議論してきたが、今までの認定制度をそのまま残すということは、何も変えないことになってしまい、解決できない。 ○判決の積み重ねの中でどう受け止めるか理解の仕方の違いはあるが、認定制度を無くすというまとめ方は(検討会において)共通ではないと思う。 ○(方向性1について)乱暴な表現をすると、被爆した事実をもって全ての方々に救済対象とするシステムが大事という考えだと思われる。しかし、その考え方で司法への申立権は個人の権利なので、司法に訴える現象はずっと起きると思う。	○放射線起因性の証明しがたい部分、科学の限界がある部分には、新たな制度を付加して救済をすべきではないか ○手当の対象となる認定については、裁判例などを踏まえ、放射線起因性が無視できないという程度でのグレーゾーンを作るべきではないか ○グレーゾーンを作るにしても、既に認定されている人を含めて、その要件を明確に設定するのは難しいのではないか ○グレーゾーンは裁量及び範囲になるので客観性・理論的裏付けが出来るか危惧している。 ○グレーゾーンのイメージが各委員で違う。高度の蓋然性に対して「中程度の蓋然性」を認めるのか。裁判では「高度」が「無い」かだ。 ○グレーゾーンは、認定制度の外側に出さないと成立しない。 ○(方向性2の「原爆症に準ずる」について)科学的な根拠となると現在の認定でも相当無理をしている部分もあるので、無理をしないでグレーゾーンで拾うということ。 ○(原爆放射線の)被曝量、個体差、実情の差、かつちりと決めきれない部分があるからこそグレーゾーンをつくる。そのグレーゾーンをいかに取り込むかということをごまかして議論してきた。 ○認定は医療の給付なので、グレーゾーンを(制度に)入れたときに、グレーゾーンの人たちの医療費は全部給付するのだということを前提にして議論することを確認してほしい。 ○(医療費について)第二種は一種と切り離して、原爆症に準ずる状態として認定するとしており、グレーと割り切って保険と併用する形もあると思う	○裁判所の判断は個々の原爆症認定についての判断であり、制度を見直すべきとの判断にまで及んでいないのではないか ○相当程度判断が固まっているとの表現があるが、現実的にそういう判断ができるのなら、問題は発生していない。 ○司法と行政の間をどう埋めるかについて、司法の判断を丸ごと入れるというより、行政の制度として新しく引き直すという考え方も重要 ○残留放射線問題は、個別の案件の中で、その時々々の科学の進歩に期待しながら処理していくしかないのではないか ○(現在の方針にある)3、5キロは放射線起因性を議論するときの最も遠い距離だと思う。そうすると放射線起因性を堅持するとしたら、3、5キロ以内でグレーゾーンを考えなければいけないと思う。 ○2~3キロの人で放射性降下物の一定の線量を浴びたとか判断できないという人が出てくると思うが、1人もいないということは、(総合的判断を)していないということの現れだと思う。 ○(原爆放射線の)被曝量、個体差、実情の差、かつちりと決めきれない部分があるからこそグレーゾーンをつくる。そのグレーゾーンをいかに取り込むかということをごまかして議論してきた。 ○認定は医療の給付なので、グレーゾーンを(制度に)入れたときに、グレーゾーンの人たちの医療費は全部給付するのだということを前提にして議論することを確認してほしい。
・総論・3つの方向性共通	○制度の問題なのか科学の限界の問題でグレーゾーンが存在する ○放射線の影響について否定できないレベルがグレーゾーンの一つの基準ではないか。 ○司法は法律に基づいて判断しているが、行政が認めないことが問題。行政が残留放射線を認めていないためグレーゾーンが存在する。 ○グレーゾーンを仕分けできるのか。(この制度は)放射線が根っこにある。そうしなければ認定基準が際限なく拡大していく。 ○司法判断には相当のバラツキがあり、それを我々がどう受け止めるかを責任もって判断すべき。(見直すには)合理的に説明する必要がある慎重に検討すべき。 ○検討会で制度設計をするところまで行ったら、グレーでは無くするするような物差しが必要。一番の物差しは放射線起因性と思う。 ○少なくとも放射線に被曝したというときに、疫学的に確立した放射線の影響があったという範囲と、そうとはいえないという非常にグレーゾーンに相当する線量、被曝量というものを一つの基準としてある程度持っていないといけない。 ○被爆者援護法では、全体に原爆放射線の起因性の考え方が入っており、起因性の捉え方もいろんな段階を既に持っている。 ○認定制度を残して乖離部分をどう解消するかという点で②と③はわからない。グレーゾーンで恐らく乖離を解消しようという考えなのか ○司法と行政の乖離を完全に埋めるに至らなくても、現状を改善できればいいと思う。完全に司法と行政のギャップを解消する方策については、無理という回答もあり得る。 ○個々の司法の判断にはばらつきがあるので、(認定制度に)取り入れるべき判断と、参考にならない部分があって、ある種合理的な判断の分かれ目があるのではないか。 ○30近い(原爆症の)判決の大部分で今の認定のやり方はおかしいという判断をしている。極端に言うところ科学的な知見だけに基づく認定だけをやっていると救われない人たちが出てくるので、認定のやり方を考えるべきではないかというのが言外にある。 ○司法は行政に対して「このままではだめですよ」というメッセージを出している。ただ、(乖離を)埋めなければならないということではなく、人間のなす事には誤差もあるのだから、完璧を求めない方がいい。 ○司法の結果を行政が無視したと言うが、制度運用の認識としてはいかがなものか。新しい審査の方針では放射線の影響に疑問がつかうところまで相当広がっている。とりわけ放射線白内障や放射線起因性のある心筋梗塞など。しかし、現在の運用でかなり広げてやっている。 ○放射線起因性について、線量で言うと100(mSv)ではある程度影響があり、100から1まではグレーゾーンという感覚。残留放射線のウェイトをどう考えるかだが、線量の少ないところで放射線の影響は起こらないと言わなければいけない。 ○(放射線の)疫学調査は必ずしも広島、長崎だけではなく、さまざまな疫学調査が行われているが、少なくとも今の3、5キロを変えなければいけないような知見はこれから出てこないと思う ○(グレーゾーンについて)概念的に出すのは難しいのではないか。グレーゾーンについての見解がこういう領域の中で出されているという実態論に基づいたものを出して貰うことになると思う。(がんとセシウムとの関連について) ○チェルノブイリではWHOやIAEAの記録及びUNSCEARの報告書の中で、セシウムによる健康異常は認められないと書いてあった。 ○内部被曝であっても外部被曝であっても線量は足し算できるようになっている。放射性降下物について、核実験でたくさんのセシウムが成層圏に上がって降ってきたが、それにより、がんが増えたことは無いと思う。		

	方向性①	方向性②	方向性③
○国民の納得(公平性)・ 財政上の視点 ・各方向性での議論	○疾病が良くなったら手当は下がり、既得権はつからないというところまで議論ができれば、被爆者の間でも公平な制度になり、歩み寄りの余地はあるではないか。 ○手当の支給の観点から認定制度は絶対に必要。納税者を念頭にしたとき、しかるべき法的な基準がなかったら税金は使えない。現行の認定制度を無くす代わりに別の認定制度をつくらない限り、方向性①というのは成立しない。 ○同情でもなく憐れみでもなく、客観性に基づいて認定された結果、権利として様々な治療、手当が行われるという社会的な認識はとても大事。残留放射線の問題がわからないことから、全体が被曝したという考えは、やや行き過ぎではないのか。 (手当と認定は全く別として、認定制度は無くす上で手当は出すことについて) ○大臣の認定を無くしたら、認定(制度)がなくなるので、手当も税金を使えない。そこが最大の問題。 ○支出は正当な根拠がない限りは出せないというのが財政学にとって常識なので、認定制度をなくして、手当だけ一人歩きはというのはイメージが湧かない。国民の理解にもかかわってくる。	○認定と手当の議論の間に財源問題がある。認定の範囲は結局財源の裏づけがある範囲でないと実現可能性が無いので、くっつけて議論すべき。 ○税を使うことを踏まえ、客観的な条件はきちんと整備をしていかなければならないのではないか ○医療特別手当の意味を考えると、例えば生命にとって大変危険であるとか、日常生活が困難であるとか、ADLが高いか低いとかか、あるいは5年生存率から再発の危険があるとか、これを重篤度と呼ぶかは別として、こういう要因を入れることで、すごく説明しやすくなる気がする。	○認定と手当の議論の間に財源問題がある。認定の範囲は結局財源の裏づけがある範囲でないと実現可能性が無いので、くっつけて議論すべき。 ○税を使うことを踏まえ、客観的な条件はきちんと整備をしていかなければならないのではないか ○医療特別手当の意味を考えると、例えば生命にとって大変危険であるとか、日常生活が困難であるとか、ADLが高いか低いとかか、あるいは5年生存率から再発の危険があるとか、これを重篤度と呼ぶかは別として、こういう要因を入れることで、すごく説明しやすくなる気がする。
・総論・3つの方向性共通	○手当も含めた全体のバランスを考える必要がある。原爆に係る費用がどの程度出ているかを意識すべき。 ○総額の予算ありきには反対。原爆症認定がどうあるべきから議論して、どのように給付するかを見極めた上で議論すべき。 ○裁判で争わない制度が、公平な制度として国民の納得が得られるのか。国民が(見直した)制度を公平な制度と感ずるかどうかが問題である。 ○税を使ってやるからには明確な根拠を求めるのは当然の前提。 ○現行の制度を肯定するか否定するかは大きな問題ではない。国民の理解を得られることを頭に入れて議論したい。 ○認定の問題を国民に理解して貰うために、認定をどのようにやっているか行政側で説明してもらっても良いのでは無いかな。 ○公費を使う以上、予算額が国民の関心事。制約要件として予算を入れるのは必要。		
○その他全般 ・各方向性での議論	○①は、認定制度をめぐる争いが無くなるが、デメリットは、国が認定をやめることになるので国の責任が薄れる仕組みになり、援護施策全体への影響が心配。 ○(認定制度を無くすことについて)政府の責任が軽くなるという側面はあるが、最終的には今の問題が解決できないということであれば、無くしたほうがいいのではと思っている。	○②は、放射線起因性が科学的に難しいという点から別の枠組みをつくるということはメリット。しかし、グレーゾーンをどう仕込むかにより、認定を巡る裁判は減るかは不明。	○③は、行政と裁判との違いを無くす方向性に沿ったものだが、今の法律に入れるのは困難な印象なので、法律改正する必要があると思う。その際、審査会で基準をつくるということ法定化などを明記をしていく形かもしれない。
・総論・3つの方向性共通	○裁判の解決につながるかどうか、被爆者の支援に真に繋がるものかどうか、制度本来の目的とか、などの論点も要るのではないかな。 ○被爆者援護法では手帳という広い区域があって、消極的な起因性と言うか、そこで健康管理手当が出る。一方、積極的な放射能起因性で国が認定すれば医療特別手当が出る仕組みになっている。健康管理手当の要件では明らかでない疾病というものをばくつと切ってしまうと、個別の機態は問わない仕組みである。健康管理手当の消極的な起因性みたいなものの考え方から、もう一段深いものをつくれるのかどうか。手当の運用など具体的な内容を教えて貰いたい。		